

## **MESTRADO**

### **DESENVOLVIMENTO E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL**

## **TRABALHO FINAL DE MESTRADO**

### **DISSERTAÇÃO**

### **CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO**

**JOÃO MARIA VIEIRA MARTINS CID PROENÇA**

**OUTUBRO - 2018**

**MESTRADO EM**  
**DESENVOLVIMENTO E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL**

**TRABALHO FINAL DE MESTRADO**  
**DISSERTAÇÃO**

**CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO**

**JOÃO MARIA VIEIRA MARTINS CID PROENÇA**

**ORIENTAÇÃO:**

**PROFESSOR DOUTOR JOÃO ALFREDO DOS REIS PEIXOTO**

**OUTUBRO - 2018**

## Agradecimentos

Ao meu professor e orientador João Peixoto pela ajuda, paciência e disponibilidade demonstradas para a realização desta dissertação.

Aos meus pais pela oportunidade de frequentar um mestrado e pelo investimento na minha educação.

À minha irmã Margarida pelo aconselhamento e ajuda

À minha namorada Carolina pelo apoio e incentivo à realização desta dissertação.

## Resumo

O envelhecimento da população, a não renovação de gerações e qual será o futuro de Portugal e de uma Europa envelhecida com valores nunca antes vistos são questões que estão muito presentes quer nas políticas governamentais como no seio da sociedade contemporânea.

As sociedades já não são iguais ao que eram há muitos anos atrás, assim como a família, o casamento, a vida a dois, tudo se alterou. A vida de uma sociedade dos dias que correm difere bastante daquilo que era considerado o padrão de umas gerações anteriores.

A necessidade de resposta a estas profundas alterações requer uma percepção minuciosa do que realmente se alterou, o porquê de se ter alterado e como será possível uma resposta de forma a que as perdas sejam minimizadas ao máximo e se consiga manter e até aumentar níveis de vida das populações.

Neste trabalho de dissertação é abordada a questão do envelhecimento da população europeia e em especial o caso português, que embora tenha os mesmos comportamentos em termos temporais que os restantes países europeus, é de interesse pessoal analisar os resultados de Portugal comparando e enquadrando os mesmos no panorama europeu.

A primeira parte desta dissertação prende-se com a pesquisa de vários indicadores como por exemplo de fecundidade, o número de casamentos, o número de filhos nascidos dentro e fora de casamentos entre outros sendo que em todos foram utilizados dois anos de referência por forma a conseguir perceber a evolução, quer de Portugal, quer dos restantes países europeus.

Na segunda parte deste trabalho está a parte de fundamento teórico que suporte as evoluções registadas nos gráficos, ou seja, se numa primeira fase estão apenas os valores da evolução, na segunda parte encontra-se a justificação das evoluções dos mais variados valores.

Por fim, a dissertação recai sobre os mais velhos, uma faixa cada vez maior e com maior peso sobre a população, e sobre quem toma conta dos dependentes em fim de vida. Como se pode organizar um Estado para que consiga um esforço mais ou menos consertado com as famílias por forma a conseguir o melhor apoio possível aos mais velhos das respectivas sociedades.

## **Abstract**

The ageing population, the low fertility rates (under generation renewal levels) and what to expect for Portugal and Europe's future are issues very present at political and societal levels.

Societies are no longer the same as they were years ago, so as the family, marriage, couples' lives, everything as changed. Life within a society nowadays is very different from the standard from previous generations.

The need for answers to this profound changes requires a meticulous perception of what really changed, why it has changed and how will it be possible to have a response in order to minimize losses as much as possible and with that maintain the quality and life standards of the populations.

In this work the purpose was to go through the Portuguese ageing society within europe's levels, showing that besides having the same behaviours, my personal interest was to search and analyse Portuguese case.

First step was to search for various indicators as fertility rates, number of marriages, number of new borns outside a marriage and within wedlock, life expectancy, number of old people compared with youth and young adults and many others. For this I took two different reference years using Portugal and the other European countries

Next step was to search for theory that could help explain the evolution showed in the first part. So it was complementar to the first chapter that was just showing the differences to then, in the second, be able to explain why the changes in Portugal and Europe's societies.

At last, this work focuses on the older ones, getting a bigger part of a society and it is also for who takes care of the older ones. How can a country organise itself so it can have the highest efficiency, with the help of the families, in taking care of the older ones.

## Índice

|   |     |
|---|-----|
| Agradecimentos .....  | i   |
| Resumo .....  | ii  |
| Abstract.....   | iii |
| 1. Introdução.....  | 1   |
| 2. Envelhecimento em Portugal e no contexto europeu: tendências e factores explicativos ..... | 2   |
| 2.1. Tendências de evolução .....   | 2   |
| 2.1.1. <i>Fecundidade</i> .....   | 2   |
| 2.1.2 <i>Mortalidade</i> .....  | 6   |
| 2.1.3 <i>Estrutura etária</i> .....   | 8   |
| 2.1.4 <i>Estrutura familiar</i> .....   | 15  |
| 2.2 Factores explicativos.....  | 17  |
| 2.2.1 <i>Factores contextuais</i> .....   | 22  |
| 3. Os idosos e família e o Estado.....  | 23  |
| 3.1 Redes de apoio familiar.....  | 23  |
| 3.2 Saúde e papel do Estado .....   | 27  |
| 4- Conclusão.....   | 33  |
| 5- Referências Bibliográficas .....   | 35  |

## 1. Introdução

Ao longo dos últimos anos tem sido abordada a problemática da falta de nascimentos e consequente envelhecimento demográfico em Portugal e na Europa. É um problema sério que, em alguns casos, leva a que não se registre renovação de gerações (quando o índice sintético de fecundidade é inferior a 2,1).

Esta questão tem sido debatida cada vez com maior frequência e uma resposta firme torna-se cada vez mais urgente, de forma a reequilibrar o balanço entre nascimentos e óbitos e, consequentemente, em vários casos, as contas públicas do Estado (com uma população activa cada vez menor e uma fecundidade muito baixa)..

Neste trabalho pretendo conseguir tirar algumas conclusões sobre como se alterou a vida da sociedade e quais as consequências sobre os mais velhos. A alteração da morfologia da família se alterou, e como o comportamento da fecundidade pode ter relação com a saúde dos mais velhos são outras variantes importantes. A importância dos cuidados informais prestados pela família e a consertação com um esforço público (do Estado) e como a solidariedade familiar pode ser essencial na preservação da saúde mental e física dos mais velhos.

Este trabalho é composto por revisão bibliográfica e consulta de dados demográficos que ajudaram a complementar e a suportar a evolução dos comportamentos das sociedades que levaram ao seu envelhecimento acelerado.

## **2. Envelhecimento em Portugal e no contexto europeu: tendências e factores explicativos**

### **2.1. Tendências de evolução**

#### **2.1.1. Fecundidade**

Dados recolhidos relativos aos anos de 1960 e 2016 mostram uma grande diferença no que toca aos comportamentos de fecundidade portugueses e europeus. Se em alguns casos a variação registada é bastante expressiva, noutros casos pode ser menos no entanto indica uma mudança de comportamentos e permite prevêr uma aproximação para os valores dos restantes países (diferentes “velocidades” de processo). O que, no entanto, é possível aferir é que tanto a população portuguesa como as restantes populações europeias têm seguido um caminho comum, embora com diferenças significativas no que toca a níveis de fecundidade.

Começemos por avaliar o comportamento da taxa de natalidade, indicador que estabelece a relação entre o número de nados vivos durante um ano e a população média desse mesmo ano, sendo o valor expresso em permilagem (por cada mil habitantes).

No ano de 1960 o valor da taxa bruta de natalidade de Portugal situava-se nos 24,1 nascimentos por cada mil habitantes, ao passo que no ano de 2016 o valor registado foi de apenas 8,4 nados vivos por cada mil habitantes. (Gráfico 1, fonte PORDATA)



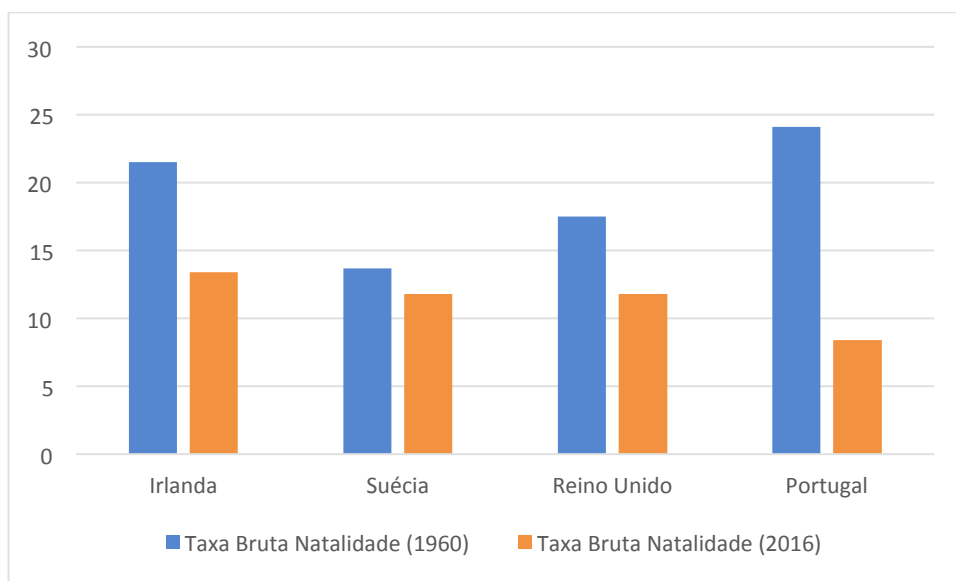


Gráfico 1 Taxa Bruta de Natalidade, Fonte: PORDATA, s.d.)

Outro indicador de fecundidade, tido como o mais fiável no que toca à medição da fecundidade, é o índice sintético de fecundidade (número médio de nascimentos por mulher em idade fértil, ou seja, entre os 15 e os 49 anos, sendo que 2,1 é o valor para que se registre renovação de gerações).

O índice sintético de fecundidade (ISF) mostra, de forma clara, que a tendência para a quebra do número de nascimentos é um fenómeno não só da sociedade portuguesa, mas também de toda a Europa.

Ao analisar os dados, tendo novamente como anos de comparação 1960 e 2016, o panorama português é dos que mais se alterou. No ano de 1960, o ISF português situava-se nos 3,2 nascimentos por mulher em idade fértil, bem acima do valor que assegura a renovação de gerações. Já no ano de 2016 o valor situou-se nos 1,4 nascimentos, tornando Portugal um dos países com valor mais baixo, sendo apenas batido por Espanha e Itália (ambos com 1,3).

No entanto, em nenhum dos países europeus (UE 28) se verifica o valor de renovação de gerações. No topo da tabela surge a França e a Suécia, com 1,9 nascimentos por mulher em idade fértil, o que, apesar de ser significativamente mais alto do que o valor registado em Portugal, ainda é considerado insuficiente. De destacar ainda o país com maior quebra entre os dois anos estudados, a Irlanda, que em 1960 registava um valor

de 3,8 nascimentos por mulher em idade fértil, sendo que em 2016 esse valor se fixou nos 1,8 nascimentos (Gráfico 2, fonte: PORDATA).

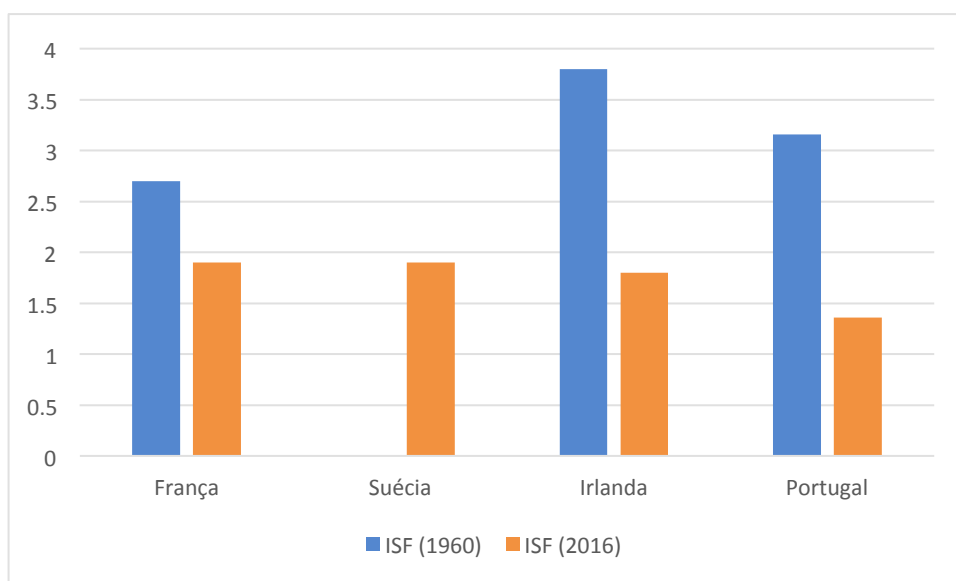


Gráfico 2 Índice Sintético de Fecundidade, Fonte: PORDATA, s.d.)

As razões por detrás destas quebras têm múltiplas origens explicativas que irei abordar mais à frente neste trabalho.

Uma das questões em volta da quebra dos nascimentos está relacionada com a idade ao nascimento do primeiro filho. Segundo Mendes (2017: 124), “A idade em que, em média, as mulheres têm o primeiro filho tem estado a elevar-se continuamente e está a aproximar-se da idade em que, em média, se têm todos os filhos.”

Neste particular a variação pode não parecer significativa, sendo que em Portugal, no ano de 1960, a idade média da mãe ao nascimento de um filho era de 29,6 anos e em 2016 foi de 31,1 anos. No entanto, não se prende apenas com a idade em que as mulheres decidem ter o primeiro filho, mas também com todas as outras condicionantes sociais que influenciam a decisão de ter filho(s). Por exemplo, o país em que as mulheres são mães mais tarde é na Irlanda, com 32,1 anos; no entanto isso não significa, como verificámos acima, num especial número baixo de nascimentos. (Gráfico 3, fonte: PORDATA)

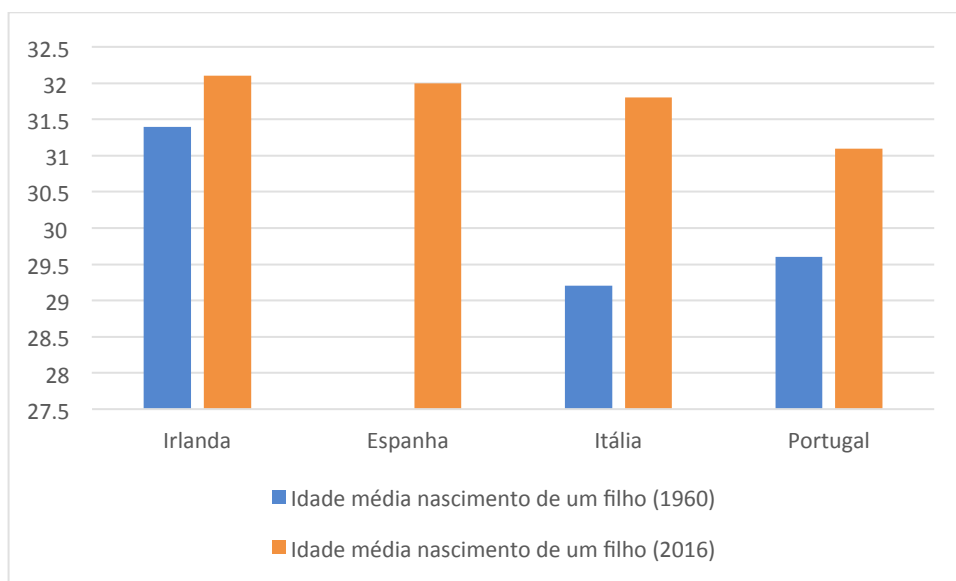


Gráfico 3 Idade Média da Mãe ao Nascimento de um filho, Fonte: PORDATA, s.d.)

No entanto, no caso português, este adiamento, aliado a outros factores, tem sido uma das principais causas da baixa natalidade. Ainda segundo Mendes (2017: 125), “o adiamento transformou-se recentemente numa das principais causas, se não a determinante, da baixa natalidade em Portugal.”.

Portugal situa-se na cauda das estatísticas relativas à fecundidade, situando-se no limiar daquilo a que Billari e outros demógrafos chamam de “lowest-low fertility” (Billari, 2008). O “lowest-low fertility” é o valor que surpreendeu todas as projecções demográficas sobre fecundidade, mas que é uma realidade vivida em já alguns países europeus, como Espanha e Itália, em que o valor de fecundidade se situa nos 1,3 nascimentos por mulher em idade fértil. Este valor é considerado alarmante porque, a juntar aos poucos nascimentos, existe cada vez mais um aumento da esperança média de vida à nascença.

Após o início em Espanha e Itália, este fenómeno expandiu-se para outros países europeus como a Grécia em 1998 ou a Bulgária e República Checa em 1995 que, à excepção de situações excepcionais de guerra, nunca tinham descido abaixo do valor mínimo de 1,3 filhos por mulher. No entanto, o fenómeno do lowest-low fertility não é exclusivo de países europeus sendo já possível verificar em sociedades como em Hong-Kong, Japão ou Singapura. Segundo Billari (2008:2) “o valor de 1,3 de taxa de fecundidade é peculiar pelo significado histórico, mas também pelas implicações directas na dinâmica da população”.

### 2.1.2 Mortalidade

Um dos factores incontornáveis quando se fala do envelhecimento das sociedades é, sem dúvida, o aumento da esperança média de vida à nascença. Neste particular, a evolução tem superado as projecções de vários demógrafos. No entanto, este aumento pode ser dividido em dois momentos durante o século XX: segundo Oeppen e Vaupel, “antes de 1950, a maioria do ganho na esperança média de vida deveu-se à redução da mortalidade infantil. Na segunda metade do século XX, o aumento do número de ‘sobreviventes’ após os 65 anos impulsionou o aumento da longevidade” (Oeppen & Vaupel, 2002: 1029).

O aumento da longevidade trouxe uma nova realidade às sociedades e está em constante mudança, sendo necessária a recorrente readaptação dos sistemas sociais, porque a esperança média de vida não pára de aumentar e quebrar barreiras.

Relacionado com o aumento da esperança de vida e consequente maior longevidade, aumentou também, naturalmente, o número de anos com saúde. Este valor, embora se encontre ainda bastante abaixo do valor da esperança média de vida, traz para a discussão assuntos como a idade da reforma e o envelhecimento activo “a velhice, como categoria social, pode dizer-se que ficou institucionalmente fechada nas fronteiras de um limiar de idade fixo cujo acesso é reforçado pela detenção de uma pensão de reforma.” (Fernandes, 2008:77)

Mais uma vez, uma resposta linear e com um modelo único mostra-se insuficiente e em alguns casos desadequado “a idade de ser velho, a idade em que se começam a perder capacidades essenciais e se regista uma deterioração do estado geral de saúde surge mais tarde sem que institucionalmente se tenham alterado os limiares convencionais há mais de um século” (Fernandes, 2008:77).

Para se ter uma ideia do aumento exponencial da esperança média de vida à nascença, em Portugal este valor era de 61,1 anos em 1960 para os homens e de 66,7 para as mulheres. No ano de 2016 estes valores foram de 78,1 no caso dos homens e de 84,3 no caso das mulheres. (Gráfico 4 e 5, fonte: PORDATA )

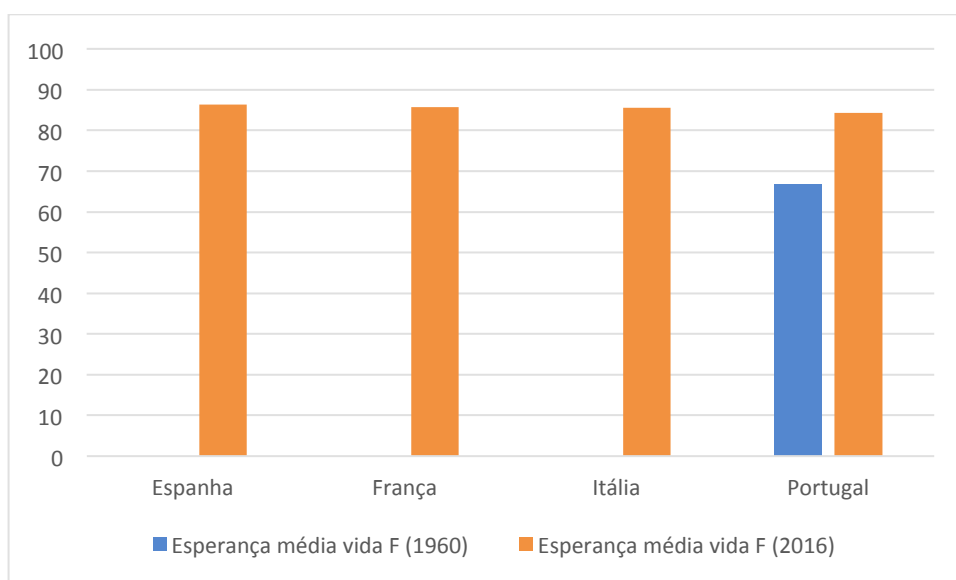


Gráfico 4 Esperança Média de Vida à Nascença do Sexo Feminino, Fonte: PORDATA, s.d.)

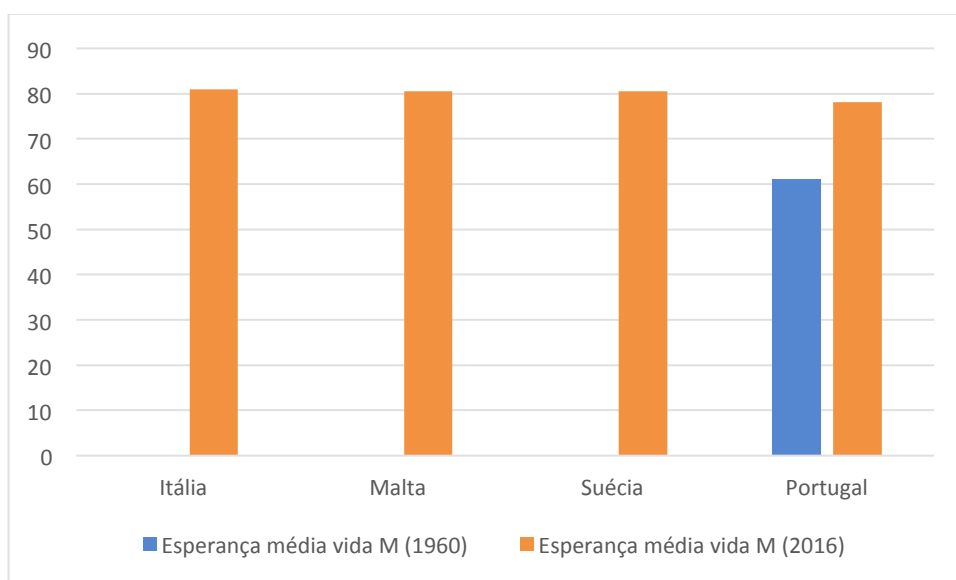


Gráfico 5 Esperança Média de Vida à Nascença do Sexo Feminino, Fonte: PORDATA

Quanto aos anos de vida com saúde, nos homens é de 7,7 anos após os 65, ou seja, em média, até aos 72/73 anos e, no caso das mulheres, é de 6,4, correspondente aos 71/72 anos (PORDATA). De notar que, embora as mulheres vivam, em média, mais do que os homens, têm um menor número de anos de vida com saúde do que o sexo masculino. Curiosamente, neste particular e comparando com os valores de 1995, ambos os sexos registam uma quebra no número de anos de vida com saúde (de 8,3 em 1995 para 7,7 no caso dos homens e de 9,9 para 6,4 no caso das mulheres em igual período). (gráficos 6 e 7, fonte: PORDATA).

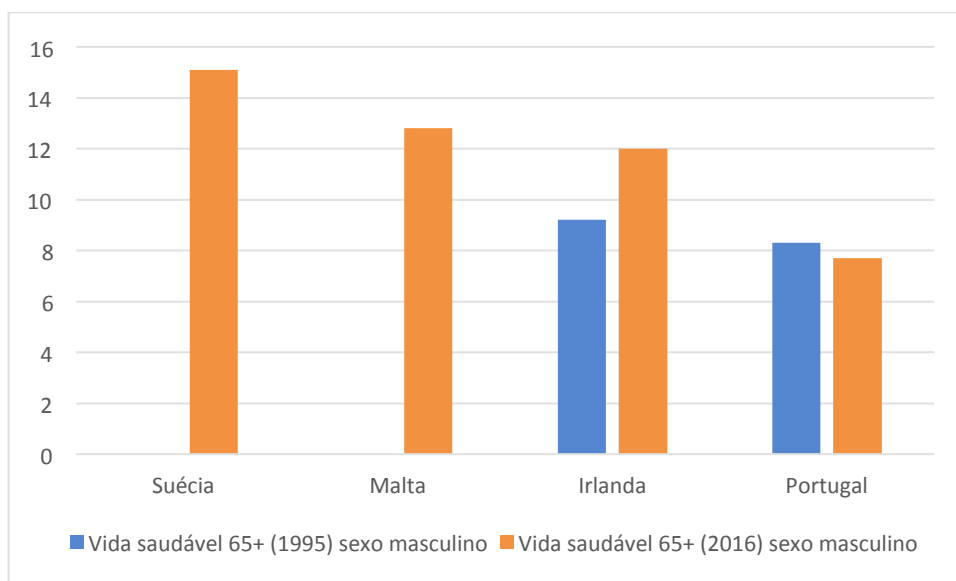


Gráfico 6 Anos de Nível Saudável do Sexo Masculino, Fonte: PORDATA, s.d.

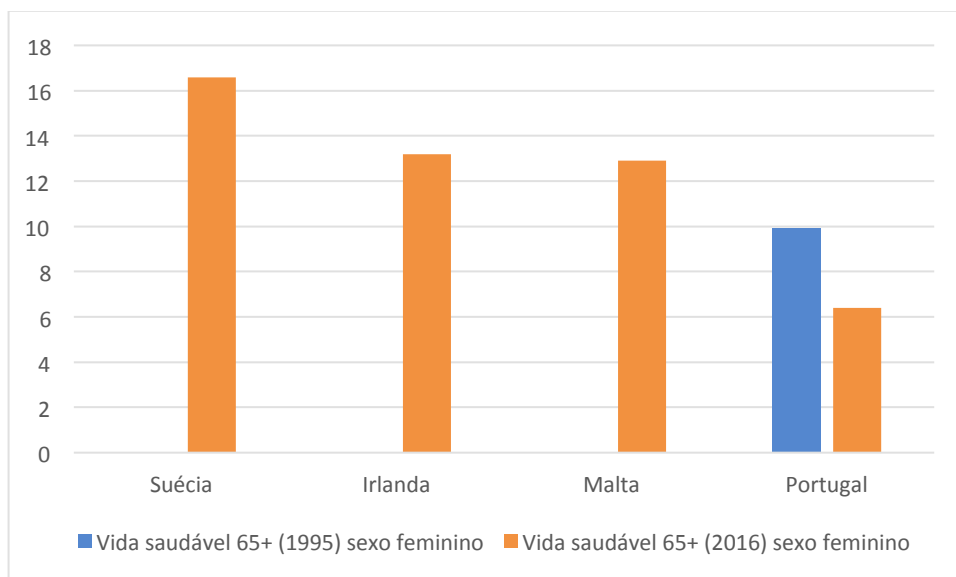


Gráfico 7 Anos de Nível Saudável do Sexo Feminino, Fonte: PORTADA

### 2.1.3 Estrutura etária

Todos os temas abordados estão inseridos numa sociedade. Portanto, é necessário analisar a sociedade por grupos etários, para verificar as alterações da sua constituição.

Neste particular irei dividir a população em seis grupos etários: dos 0 a 14 anos; 15 a 24; 25 a 49; 50 a 64; 65 a 79 e finalmente 80+. A divisão por grupos com intervalos menores que os habituais três (jovens, adultos e idosos) é essencial na interpretação da evolução da pirâmide etária de uma sociedade.

Quanto a Portugal, no primeiro grupo (0-14 anos), e tendo como base os dois anos como base de comparação que já foram utilizados anteriormente (1960 e 2016), regista-se um decréscimo do número total de pessoas neste grupo. De aproximadamente 2,6 milhões em 1960, em 2016 são apenas 1,5 milhões. De registar também que nos restantes países europeus este decréscimo é um ponto comum, com excepção apenas do caso de França, que registou um aumento de 12 para 12,2 milhões. Gráfico 8, fonte: PORDATA)

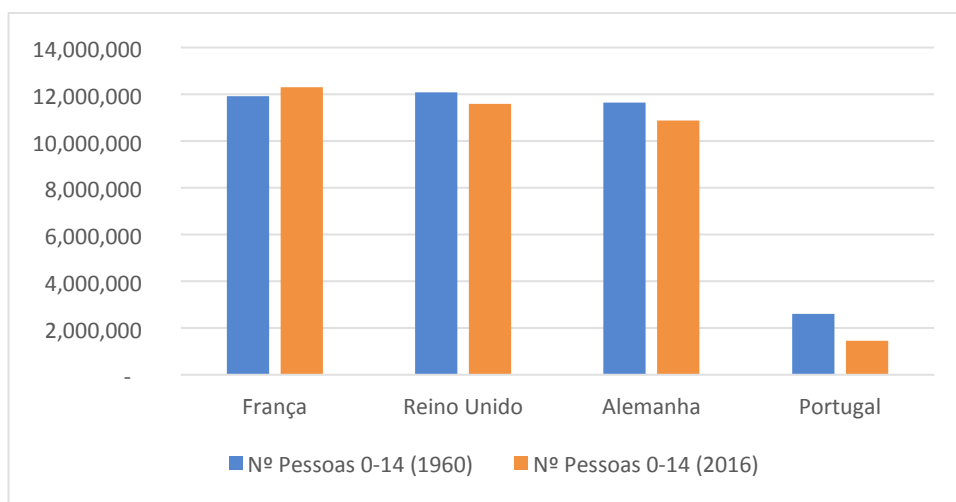


Gráfico 8 Número de Pessoas 0-14 anos, Fonte: PORDATA, s.d.

No grupo etário seguinte (15-24 anos), a evolução de Portugal é outra vez negativa, de 1,4 milhões em 1960 para 1,1 em 2016. Neste particular apenas o Reino Unido (de 6,9 para 8 milhões) e França (de 5,6 para 7,9 milhões) registam evolução positiva, todos os restantes países europeus registam uma quebra do número total de pessoas dentro deste grupo etário.(Gráfico 9, fonte: PORDATA).

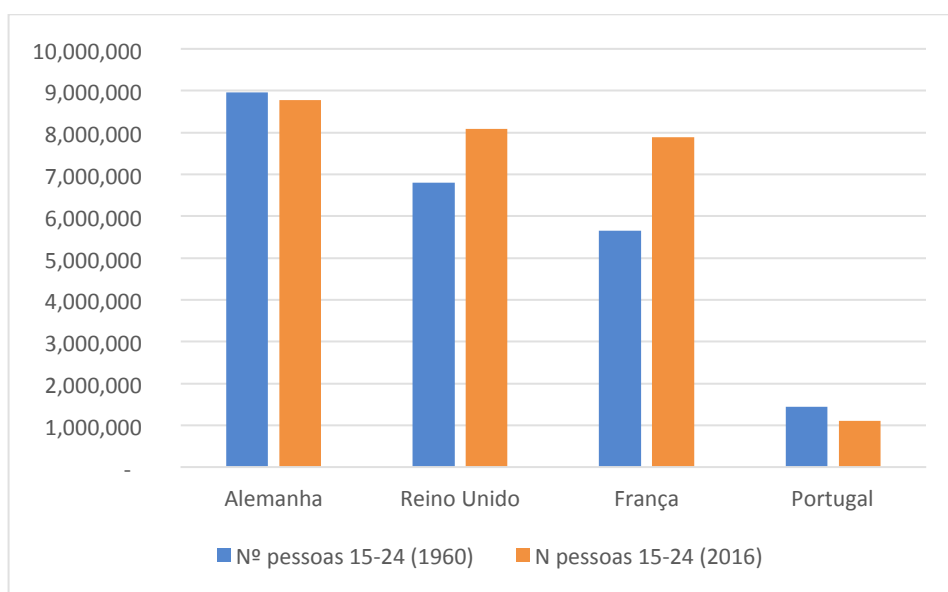


Gráfico 9 Número de Pessoas 15-24 anos, Fonte: PORDATA

Entre os 25 e os 49 anos, no caso português regista-se um aumento de aproximadamente 3 milhões para 3,5 milhões em 2016. De notar que 35% da população portuguesa situa-se neste intervalo. (gráfico 10, fonte: PORDATA)



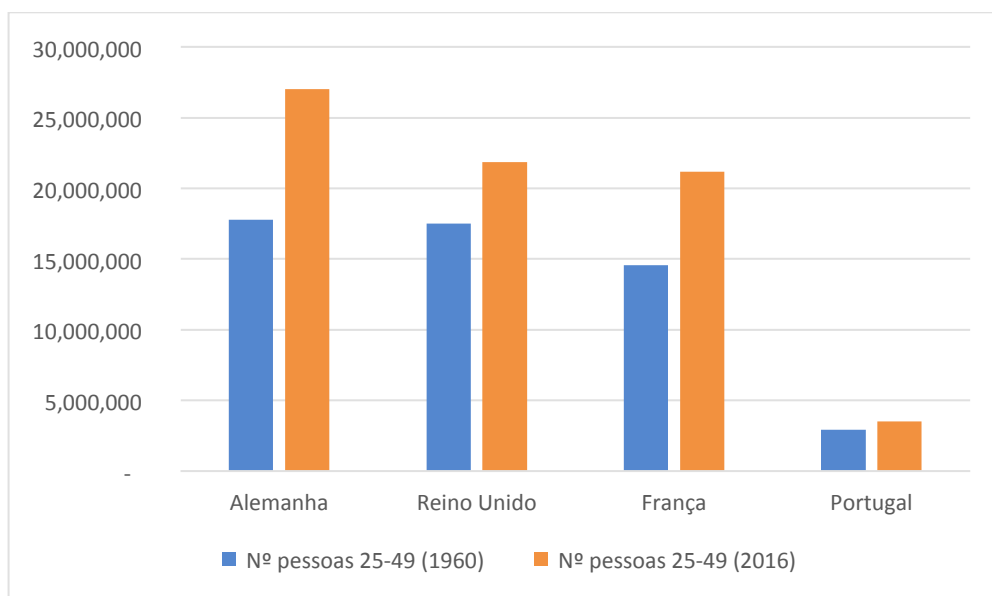


Gráfico 10 Número de Pessoas 25-49 anos, Fonte: PORDATA

Todos os países europeus registam um aumento do número de pessoas neste intervalo de idades. É de destacar a Alemanha, que passou de quase 18 milhões para aproximadamente 27, sendo esta a maior discrepância de valores e o país com maior número total de pessoas neste grupo etário.

No grupo seguinte, entre os 50 e os 64 anos, volta-se a registar um aumento do número de pessoas dentro deste grupo etário. Em 1960 era de 1,2 milhões de pessoas e em 2016 estava um pouco acima dos 2 milhões. Parte desta justificação, assim como do aumento nos dois grupos seguintes, está relacionado com o aumento da esperança média de vida e do seu aumento durante a segunda metade do século passado. (gráfico 11, fonte:PORDATA)

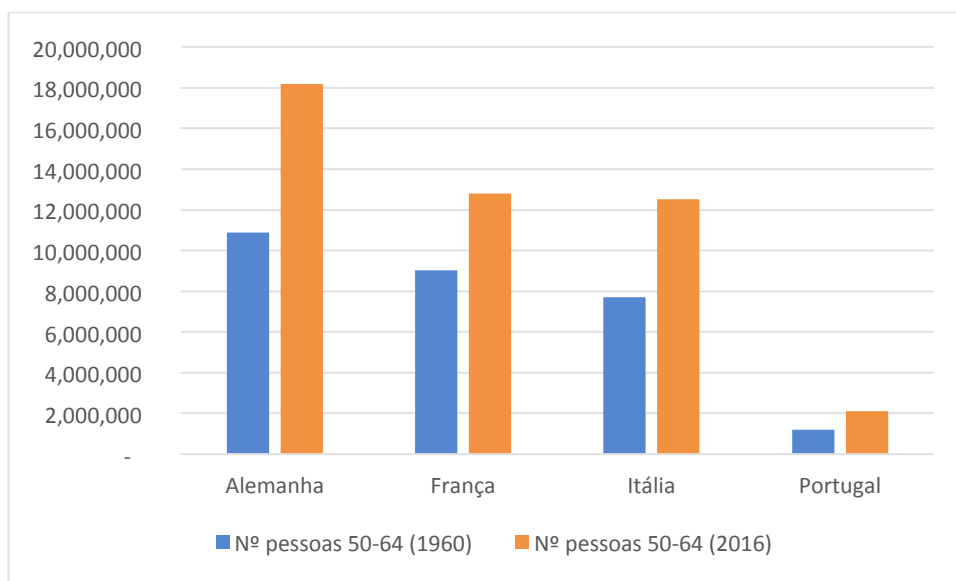


Gráfico 11 Número de Pessoas 50-64 anos, Fonte: PORDATA

A tendência é acompanhada por todos os países europeus novamente e pela mesma razão que em Portugal. O aumento da esperança de vida à nascença aumentou exponencialmente o número de indivíduos que chega a idades (cada vez mais) avançadas.

Novamente em primeiro lugar surge a Alemanha, com 18 milhões, face aos 10 registados no ano de 1960.

Na faixa etária seguinte (entre os 65 e os 79), volta-se a registar um aumento do número total de indivíduos com idade que era normalmente chamada de terceira idade. O aumento é significativo, de aproximadamente 500 mil em 1960 para 1,5 milhões em 2016 representando cerca de 5% do total de população residente. O país onde está o maior número de pessoas dentro desta faixa etária volta a ser a Alemanha, com 12 milhões (cerca de 14,6%) face aos 5 registados em 1960. (gráfico 12, fonte: PORDATA)

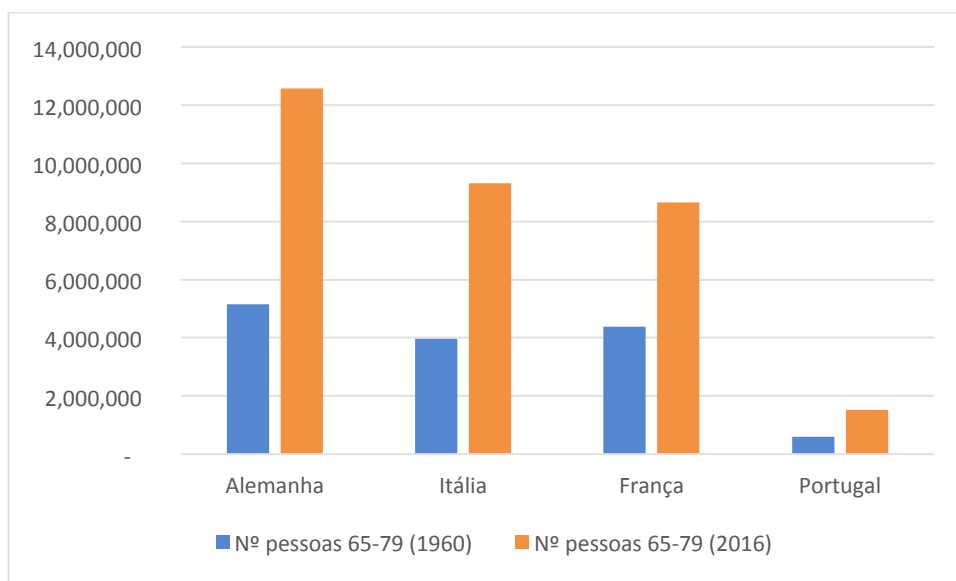


Gráfico 12 Número de Pessoas 65-79 anos, Fonte: PORDATA

Por fim surge uma última divisão (80+ anos), que seria impensável há umas décadas atrás. Esta divisão não seria relevante devido ao valor residual de pessoas que chegavam aos 80 ou mais anos. Em 1960, em Portugal, pouco mais de 100 mil pessoas tinham conseguido viver até aos 80 ou mais anos, sendo em 2016 esse valor de aproximadamente 600 mil pessoas. Um aumento significativo tendo em conta a idade avançada.

Neste particular o aumento mais significativo volta-se a registar na Alemanha, contando com aproximadamente 800 mil pessoas em 1960 e quase 5 milhões em 2016.

Depois de uma primeira análise é possível verificar o peso da população com 65 anos ou mais, sendo pouco mais de 2 milhões num total de aproximadamente 10 milhões em Portugal.

No entanto é preciso detalhar mais sobre os idosos. Para isso existe um indicador (o Índice de dependência de idosos) que relaciona o número de pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 em idade activa (15-64 anos), sendo que um valor abaixo de 100 significa que há menos idosos do que população em idade activa.

No caso de Portugal este valor, no ano de 2016 (32,1%) é um dos mais altos da Europa, sendo apenas batido pela Itália (34,5%), Grécia (33,4%), Finlândia (32,8%) e Alemanha (32,2%). (Gráfico 13, fonte: PORDATA)

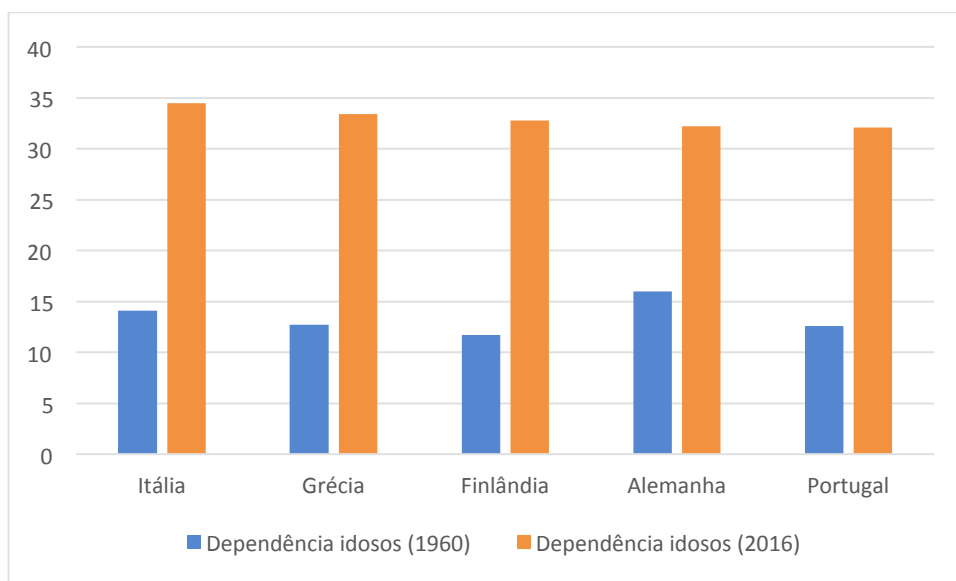


Gráfico 13 Índice de Dependência de Idosos, Fonte: PORDATA, s.d

Este indicador mostra ainda uma evolução significativa tendo em conta o ano de 1960.

Em todos os casos do top-5 acima referidos, estes valores são sempre mais do dobro, o que aumenta o peso dos dependentes idosos sobre a população em idade activa.

Para completar o panorama da população idosa e o do seu real peso sobre as diferentes sociedades, precisamos ainda de analisar o índice de envelhecimento, que relaciona o número de pessoas com mais de 65 anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos, ou seja, relaciona os extremos de uma pirâmide etária (jovens e idosos).

E neste particular Portugal mostra dois resultados diametralmente opostos entre os anos de 1960 e 2016. Em 1960, a cada 100 pessoas menores de 15 anos correspondiam 27 idosos, sendo que em 2016 correspondiam pouco menos de 150 (148,7). (Gráfico 14, fonte: PORDATA)

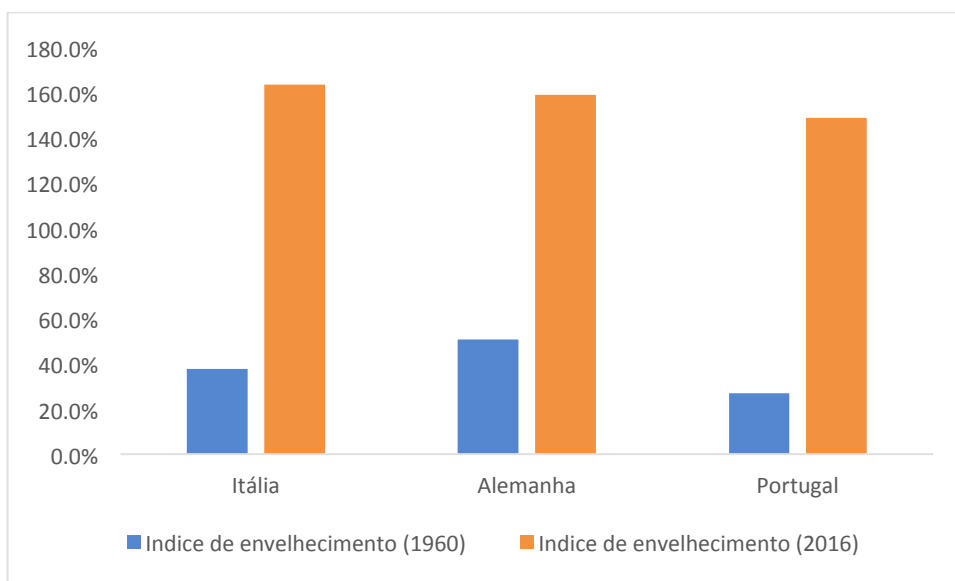


Gráfico 14 Índice de Envelhecimento, Fonte: PORDATA, s.d.

Este indicador mostra que, hoje em dia, em Portugal e quase todos os países europeus já existem mais idosos do que pessoas menores de 15 anos. Neste particular, na UE28 apenas Eslováquia (95,6), Chipre (93,7), Luxemburgo (87) e Irlanda (63,1) apresentam valores superiores de pessoas menores de 15 anos em relação ao grupo etário de mais de 65 anos.

#### 2.1.4 Estrutura familiar

A evolução demográfica registada nas últimas décadas do século XX, que se mantém até aos dias que correm, foi influenciada por mudanças de comportamento e de organização da vida das sociedades. Como tal, também as famílias sofreram alterações profundas. A começar pela definição de vida em família: o casamento, que era considerado o primeiro passo para se começar uma família, já não é tão universal como há umas décadas atrás. De cerca de 69 mil em 1960 para pouco mais de 32 mil em Portugal em 2016, sendo esta redução acompanhada pelos restantes países europeus com Alemanha de pouco mais de 520 mil para 410 mil, França de quase 320 mil para 230 mil e Itália de pouco menos de 390 mil para cerca de 200 mil (todos os valores comparados nos anos de 1960 e 2016). (gráfico 15, fonte: PORDATA).

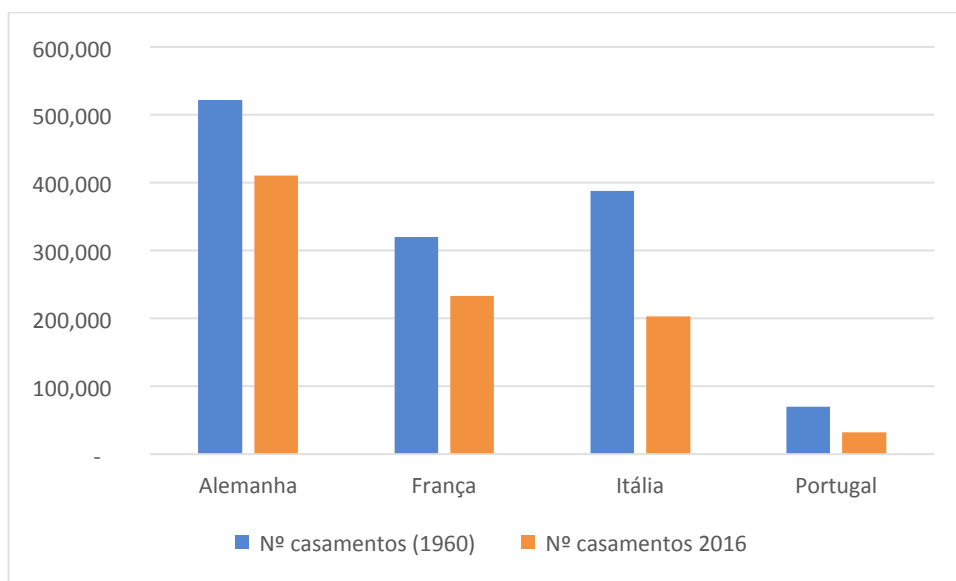


Gráfico 15 Número de Casamentos, Fonte: PORDATA, s.d.

O número de filhos fora do casamento aumentou exponencialmente e é, hoje, um comportamento cada vez mais frequente na geração dos jovens adultos (de cerca de 20 mil em 1960 para quase 46 mil em 2016, em Portugal). A coabitação é outro caso em crescendo nas sociedades europeias, algo que teria muito pouca expressão a meio do século passado.

Os nascimentos fora do casamento evidenciam uma grande disparidade quando comparados com os valores de 1960.

No ano de 1960 foram 20.221 nascimentos fora do casamento em Portugal, sendo que no ano de 2016 foram 45.972.

O caso francês, mais uma vez, é o melhor para evidenciar estas alterações. No ano de 1960 foram registados 49.430 e em 2016 esse valor fixou-se nos 468.423 nascimentos. (Gráfico 16, fonte: PORDATA).

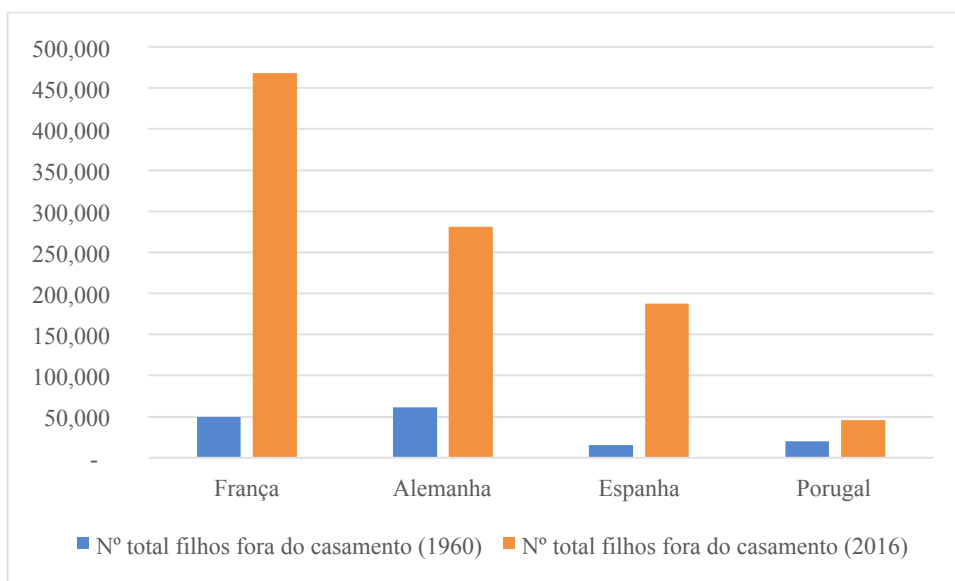


Gráfico 16 Número de Filhos Fora do Casamento, Fonte: PORDATA, s.d.

Tal como se aprofundará na secção seguinte, a perda de influência religiosa e uma maior abertura na mentalidade trouxeram estas formas “alternativas” de se ter um filho, sem ser necessário um casamento e a formação de uma família (no conceito mais conservador de pai, mãe e filhos na mesma casa).

## 2.2 Factores explicativos

Todos os fenómenos demográficos registados, especialmente durante a segunda metade do século passado, têm sido alvo de vários estudos e previsões.

Muitos autores têm apresentado várias teorias que ajudam a explicar o “porquê” por detrás destas profundas alterações de comportamento das diferentes sociedades desenvolvidas.

Para analisar a grande mudança de natalidade e mortalidade temos que recuar no tempo para o século XVIII e XIX. A partir do final do século XVIII começou a registar-se uma quebra acentuada da mortalidade e da natalidade.

Se, por um lado, a mortalidade é explicada essencialmente pela melhoria das condições de vida, pelo avanço da ciência e consequentemente da esperança média de vida à nascença, no caso da natalidade as razões são mais diversas. Destacam-se o aumento da idade do primeiro casamento “a quebra da fecundidade não parou próximo do valor de dois filhos por mulher e média, e o casamento não se manteve cedo nem atraiu a vasta

maioria dos homens e mulheres” (Lesthaeghe, 2010:3), relacionado com a baixa fecundidade fora do casamento “esse comportamento não estava em linha com a visão secular e religiosa do que constituía uma verdadeira família”(Lesthaeghe, 2010:6) e com uma redução da fecundidade em idades mais avançadas. Tudo combinado, leva a uma redução no número total de filhos “existem provas fortes, a nível individual, ser pai mais tarde causa um menor número de filhos: para um homem ou mulher, ter o primeiro filho mais tarde, mantendo-se tudo o resto constante, implica um menor número total de filhos” (Billari, 2008:6).

E termos sociais, as vidas eram levadas com preocupação por bens básicos, como o salário, escola, saúde ou condições de trabalho. Era uma época em que os pais se concentravam em dar as melhores condições possíveis aos seus filhos portanto era preferível ter poucos e dar-lhes o melhor possível do que ter mais com condições não tão boas , aquilo a que Phillippe Ariè designou de “king child era”.

Sem dúvida outro factor determinante na fecundidade está relacionada com a influência da igreja. Como já foi referido anteriormente, os nascimentos fora do casamento eram comportamentos reprovados pela igreja e, consequentemente, pela sociedade altamente religiosa e conservadora. Esse será um factor decisivo para um valor baixo dos nascimentos fora do matrimónio. Logo menor número de casamentos leva a uma quebra da fecundidade.

No entanto este fenómeno voltou a alterar-se e é chamado de “segunda transição demográfica”. Neste caso é essencial perceber que não se trata de uma continuação da primeira, mas sim um acontecimento separado, como irei demonstrar nos parágrafos seguintes.

A segunda transição demográfica tem contornos bem distintos da primeira. Tem características e consequências distintas. Iniciou-se na Europa Ocidental sendo pela primeira vez alvo de estudo nos anos 80 do século passado e rapidamente se expandiu pelos restantes países industrializados “hoje em dia cobre a maioria das populações europeias” (Lesthaeghe, 2010:2).

No que toca ao casamento, a segunda transição demográfica é caracterizada pela redução do número de casamentos, o aumento da idade de casar que, segundo Lesthaeghe (2010:3) “tem sido um componente de grande importância na quebra total



da fecundidade em muitos países” e um aumento do número de divórcios. Surge um novo modelo que foi ganhando cada vez mais relevância nas sociedades, que consiste na coabitação.

Com o aumento da coabitação surge, naturalmente, um aumento do número de nascimentos fora do casamento. Apesar de não haver casamento, existe vontade de ter filhos. O afastamento dos ideais da igreja foi uma constante até nas sociedades outrora mais conservadoras e bastante rígidas, no que toca a nascimentos fora de casamentos.

No entanto, regista-se um aumento da idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho e, como consequência, acontece uma redução total do número de nascimentos fruto deste adiamento (em certos casos o adiamento é de tal forma que suprime a possibilidade de nascer o segundo filho).

Outro factor que claramente contribui para uma redução da natalidade foi o melhor uso e a maior eficiência dos métodos contraceptivos, que permitem reduzir o número de nascimentos não planeados, “durante a primeira transição demográfica o objectivo era utilizar métodos contraceptivos para evitar a gravidez; durante a segunda transição a decisão é parar a contracepção para começar uma gravidez” (Lesthaeghe, 2010:4).

Em termos sociais surge uma nova ordem de valores. Com a emancipação da mulher, surge uma nova realidade profissional, um maior número de anos empregues a estudar, e surge uma vontade de realização pessoal que na maioria dos casos atrasa a vontade de iniciar uma família. A nova ordem de necessidades, explicada pela pirâmide de Maslow, mostra que as pessoas, nos dias que correm, numa primeira fase, querem atingir um certo nível de reconhecimento no seu emprego, alguma estabilidade e satisfação mínimas, para depois mais tarde, se possível, ter filhos.

Actualmente há um individualismo intrínseco às sociedades, que faz com que haja um maior foco pessoal e menor no colectivo de sociedade, ou seja, pensa-se mais na vida pessoal do que na sociedade como um todo.

Outros factores poderão ser também tidos em conta, como a maior incerteza profissional nos primeiros anos de “vida adulta”, um atraso significativo (em alguns casos) na saída de casa dos pais, sendo o maior número de anos de estudo o principal factor apontado, um maior ou menor apoio estatal nos primeiros meses ou anos do filho, todos estes factores são característicos dos países do sul da Europa no qual se inclui Portugal.

Como foi referido várias vezes até ao momento, são vários fenómenos mais ou menos homogéneos, mas os valores concretos que atingem e as suas causas são variadas e pensar que “one size fits all” é um erro que não se deve cometer.

**Transição Epidemiológica:** Associado ao aumento da esperança média de vida está, sem dúvida, a evolução da ciência ao longo dos anos. Para se ter uma noção, “o aumento da esperança média de vida acelerou acentuadamente nos anos de 1880’s, seguindo uma linha crescente de 32% anual até sensivelmente 1960. Isto representa um aumento de 4 meses por ano na esperança média de vida” (Vallin & Meslé, 2010: 3).

Esta transição, associada ao aumento da esperança de vida e a relação com as causas de morte, tem o nome de transição epidemiológica.

Antigamente muitas eram as doenças ou epidemias que contribuíam para a baixa esperança de vida à nascença, combatidas com o avanço da medicina com a criação de vacinas que praticamente eliminaram estas epidemias. A primeira fase da transição é caracterizada pelos avanços da medicina, os benefícios de uma educação mais universal e novos sistemas de segurança social e de estado social.

A segunda fase desta transição (década de 70 do século XX) está associada à revolução no que toca a doenças cardiovasculares, o que levou a uma redução das mortes por problemas cardíacos. Esta revolução continua até aos dias de hoje a ser desenvolvida e a contribuir para o aumento da esperança de vida. A expansão para um nível global da evolução da medicina a este nível conseguiu reduzir a morte por este tipo de doenças.

Com isto, resta saber se é possível continuar a estender o limite da esperança de vida indefinidamente. Para Oeppen e Vaupel (2002:1031) “se a esperança de vida estivesse perto do máximo, então o aumento da esperança média de vida estaria a desacelerar. E não está. Durante 160 anos, a esperança de vida aumentou um quarto de ano por ano, um resultado fantástico conseguido pelo Homem”.

As doenças e epidemias começam a ser menos devastadoras tendo em conta o passado. No entanto, surgem novos tipos de doença, como a demência e a perda de capacidades em idades avançadas. Aqui entra a questão fundamental do trabalho que desenvolvo: será que este novo tipo de doenças, cada vez mais comum, está relacionada com o apoio (ou falta dele). A relação, se é que existe, entre o número de horas que uma família dispõe para passar com os idosos e a sua saúde mental.

Esping-Andersen (1990), um sociólogo dinamarquês, dividiu os estados providência em três categorias distintas consoante a sua intervenção no mercado e provisão de direitos sociais para as suas sociedades.

Para Esping-Andersen (1990), existem três tipos de Estado Social: liberal, corporativista e social democrata. Todos estes três tipos de Estado Social têm características bem vinculadas e que ajudam a perceber como o Estado influencia a fecundidade da sociedade correspondente.

No Estado Social liberal “predominam a assistência aos comprovadamente pobres, reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência social. Os benefícios atingem principalmente uma clientela de baixo rendimento, em geral da classe trabalhadora ou dependentes do estado” (Esping-Andersen, 1990:91).

Em relação ao mercado, “O Estado, por sua vez, encoraja o mercado tanto passiva – ao garantir apenas o mínimo – tanto activamente – ao subsidiar esquemas privados de previdência” (Esping Andersen, 1990:91)

No extremo oposto encontra-se a família dos Estados Providência Sociais Democratas.

A lógica do Estado Providência social democrata é a de oferecer as melhores condições de vida a todos os cidadãos “a social-democracia baseou-se em dois argumentos. O primeiro era o de que os trabalhadores precisam de recursos sociais, saúde e educação para participar efectivamente como cidadãos socialistas. O segundo argumento era de que a política social não é só emancipadora, é também uma pré-condição da eficiência económica” (Esping-Andersen, 1990:89). Os países escandinavos são exemplo deste tipo de Estado Providência em que “em vez de tolerar um dualismo entre o Estado e o mercado, entre a classe trabalhadora e a classe média, os sociais-democratas procuraram um welfare state que promovesse a igualdade com os melhores padrões de qualidade e não uma igualdade das necessidades mínimas” (Esping-Andersen, 1990:109)

Ainda segundo Esping-Andersen (1990:91) “o modelo social-democrata é, então, o pai de uma das principais hipóteses do debate contemporâneo sobre o welfare stat: a mobilização de classes no sistema parlamentar é um meio para a realização dos ideais socialistas de igualdade, justiça, liberdade e solidariedade”.

O terceiro grupo de estado social corporativista tem uma maneira significativamente diferente de actuar em relação aos restantes. Neste caso, “o que predominava era a preservação de status; os direitos, portanto, estavam ligados à classe e ao status.” (Esping-Andersen, 1999:109)

França, Alemanha e Áustria são casos de Estado Social corporativista.

### 2.2.1 Factores contextuais

É claro que são vários os factores que influenciam a fecundidade como demonstrado anteriormente.

Outro factor que contribui para a oscilação da fecundidade prende-se com a segurança económica daqueles que se encontram em idade fértil. Na questão do desemprego jovem “sob condições de incerteza económica, o salário torna-se menos fiável, e os jovens normalmente ‘atrasam’ a decisão de ter filhos até o seu rendimento ser estável e constante” (Billari,2008:5).

O desemprego jovem apresenta resultados muito distintos na europa (UE 28) sendo os países da europa do sul e de leste os que predominantemente ficam com os lugares mais elevados.

Tomando o grupo entre os 15 e os 19 anos como exemplo, no ano de 2016, a Espanha surge em primeiro lugar com 60% sendo que em Portugal o valor fixa-se nos 38,2%. (PORDATA, s.d.)

No intervalo entre os 20 e os 24 anos, Portugal registou 26,1% de desempregados num ranking liderado pela Grécia com 46,2%. (PORDATA, s.d.)

Entre os 25 e os 29, Portugal registou 15,4% um valor bem distante dos 33,8% da Grécia, novamente líder. (PORDATA, s.d.)

Dos 30 aos 34, novamente no ano de 2016, Portugal teve uma taxa de desemprego nos 10% e a Grécia, novamente líder registou 26,9%. (PORDATA, s.d.)

Voltando ao início e aos valores da fecundidade, ao adiamento da paternidade e à redução do número de filhos, este é um factor muito relevante na ligação entre estabilidade económica e a possibilidade de ter filhos.

Outro factor acima mencionado foram as políticas sociais. Se, por um lado Portugal tem um grave défice de nascimentos, a resposta do Estado em políticas sociais e de ajuda à maternidade têm se revelado insuficientes para alterar o padrão dos últimos anos sendo que a fecundidade continua em valores de “lowest-low fertility” ou muito próximos disso.

O caso que melhor mostra a importância das políticas sociais é o caso de França, um Estado Providência corporativista em que “os benefícios destinados à família encorajam a maternidade” (Esping-Andersen, 1990:109).

Outro exemplo já referido é o dos países do norte da Europa que, em parte por serem normalmente estados sociais igualitários e que promovem o bem-estar de todos os cidadãos, têm uma fecundidade relativamente alta quando comparados com os níveis registados na Europa actualmente.

Ainda de referir que são também os estados sociais mais igualitários que, por terem maior nível de igualdade de género, também facilita a decisão de uma mulher em ter um ou mais filhos.

### 3. Os idosos e família e o Estado

#### 3.1 Redes de apoio familiar

Como já foi mencionado, o aumento da esperança média de vida à nascença, os novos padrões de vida em que se promove o individualismo e onde, de maneira geral, a fecundidade é baixa, trouxeram uma nova realidade para as famílias. A instabilidade dos casamentos, a julgar pelo alto número de divórcios, conjugada com a baixa fecundidade, alteraram não só morfologicamente as famílias, como também consequentemente as relações entre os vários membros que as compõem. Segundo Ana Alexandre Fernandes (2008:137), “a morfologia em que assenta a vida familiar tem sido profundamente alterada e, no seu contexto, também a forma como se estruturam as relações se tem modificado.”

Muitas vezes, os mais velhos ficam sós, uma vez que “a precariedade dos laços conjugais, com o aumento de rupturas matrimoniais e de uniões livres, e a redução das taxas de fecundidade, proporcionam novos padrões relacionais, menos estruturantes” (Fernandes, 2008:139).

A baixa fecundidade pode ter um efeito penalizador para aqueles que têm poucos filhos: “a redução da fecundidade terá provavelmente efeitos ao nível das solidariedades intergeracionais nas futuras gerações com prejuízo para os que tiveram apenas 1 filho e mais ainda para os que chegaram a não ter nenhum” (Fernandes, 2008: 139). Existe aqui uma relação entre o número de filhos e a disponibilidade para tomar conta de um pai/mãe dependente no fim da vida deste. Se, com três ou quatro filhos, o tempo pode ser articulado entre todos de forma a revezarem-se e a conseguirem dar mais horas de cuidado ao idoso, no caso de ser apenas um filho todo esse tempo está ao cargo de uma pessoa, o que torna praticamente impossível ter a disponibilidade que o mais velho dependente necessita.

Outro factor que influencia directamente os idosos e a gestão do tempo das famílias para com os dependentes é a composição do mercado de trabalho. Se, por um lado, existe um maior número de dependentes em fim de vida, por outro, não existe uma articulação entre trabalho e vida pessoal que permita executar os dois complementarmente. Segundo Lopes (2017:158), “a participação no mercado de trabalho tende a acontecer a tempo inteiro, ou seja, em modalidades que são de difícil articulação com responsabilidades no campo da prestação de cuidados”.

A entrada da mulher no mercado de trabalho e o facto de ser um trabalho em full-time, pouco flexível no que toca a horários e ao trabalho desde casa, ajuda a explicar o adiamento da maternidade e também contribui directamente para uma redução no número de horas disponíveis para dedicar à família e ao cuidado dos mais velhos.

Outra alteração importante foi a entrada da mulher no mercado de trabalho, reduzindo assim o seu papel de “cuidadora”. Segundo o relatório da FORESIGHT, a entrada da mulher no mercado de trabalho veio “trazer uma mudança na divisão de tarefas dentro de uma família. O cuidado pelos mais velhos e crianças, as tarefas domésticas que costumavam ser realizadas por mulheres de forma voluntária não remunerada, necessitam agora de ser externalizadas”. É coincidente com esta saída da mulher de casa, a contratação de cuidadores/as ou enfermeiros/as para tomarem conta dos idosos, uma vez que as mulheres deixaram de ter esse tempo para dedicar aos cuidados.

O problema, em Portugal, é particularmente complicado de resolver, uma vez que “o modelo dominante de prestação de cuidados tem assentado, como sabemos, no papel

preponderante das famílias enquanto prestadora de cuidados” (Lopes, 2017:156) . Ainda segundo Alexandra Lopes (2017:157) “o que isto significa, potencialmente, é um decréscimo nos contingentes de indivíduos, quer em número absoluto, quer em número relativo (ou seja, em relação ao número de indivíduos idosos dependentes), que estão nas coortes que tradicionalmente asseguram a prestação de cuidados, entre as quais destacaríamos a que se situa entre os 50 e os 64 anos.”

Em Portugal, o envelhecimento é bastante desigual consoante o género. Segundo o estudo da Comissão Europeia FELICIE, “aos 75 anos, idade potencial em que, em média, poderão ocorrer situações de dependência, dois terços dos homens vive com uma parceira (em Inglaterra são 60% e em Itália 70%).” (Fernandes, 2008:81).

No caso das mulheres “(...) com 75 e mais anos, o panorama é bem diferente. Comparadas com os homens, as percentagens relativas a viver com um parceiro ou a viverem só são inversas: aproximadamente metade das mulheres vivem sós (de 45% na Bélgica até 56% na Finlândia) contra aproximadamente um quarto que vive com um parceiro” (Fernandes, 2008:82).

Ainda segundo o mesmo estudo, “os resultados indicam que persistem elevados níveis de solidariedade entre os pais idosos e os seus filhos”, mas que em caso de divórcio existe uma grande diferença de comportamento entre géneros. Nas palavras de Emily Grundy, “as mulheres continuam a proporcionar ajudas e trocas com os ex-cônjuges apesar de estarem divorciadas. Os homens deixam de estabelecer relação com a sua ex-mulher ou relacionam-se de forma inexpressiva.” (Grundy, 2007 in Fernandes, 2008:82)

A solidariedade intergeracional nas famílias assume um papel ainda mais importante depois da segunda transição demográfica, na medida em que esta é caracterizada pela baixa fecundidade. A perda do conceito tradicional de família tem, neste caso, um efeito directo no que toca ao apoio dos idosos, assim como a já referida entrada da mulher no mercado do trabalho ou o reduzido número de filhos. Assim, segundo a Foresight no relatório de 2016 “Future of Ageing Population”, “o envelhecimento irá alterar as estruturas familiares e relações, levando mesmo à ‘verticalização’ das famílias, afectando as responsabilidades de cuidar intergeracionais.”

Esta “verticalização” da família está relacionada com a baixa fecundidade e com o atraso no início da vida adulta e independente dos pais, que “acontecem ao mesmo

tempo que existe uma redução do número de parentes na mesma geração – uma redução nas relações horizontais das famílias” (Foresight,2016:71/72) A verticalização da família está essencialmente relacionada com o aumento da esperança média de vida à nascença e com a baixa fecundidade, que faz com que a família seja composta por várias gerações mas com poucos representantes de cada geração.

Conjugando estes dois factores torna-se evidente que o papel historicamente entregue às famílias de principal cuidador de familiares idosos também se está a alterar. O número de horas de apoio necessário muitas vezes não é possível de ser o mesmo que a família consegue oferecer, “podendo ser providenciado pelo Estado ou contratado no mercado” (Foresight, 2016:70).

O apoio contratado no mercado de um ou mais prestadores de serviços de cuidados de longa duração por parte das famílias decorre da necessidade da prestação desses mesmos serviços e da incompatibilidade com a vida dos filhos, ou seja, a maioria dos casos em que as famílias não podem cuidar dos mais velhos recorrem à contratação de prestadores serviços de cuidado prolongado. Sendo assim, as famílias são responsáveis, de forma indirecta, pelo cuidado do idoso porque, embora não seja a família directa a tomar conta do idoso dependente, a prestação desse serviço está dependente do pagamento feito pelas famílias.

No entanto este não é o único cenário possível, são várias as famílias que não podendo ajudar na prestação de cuidados ou não tendo possibilidade de pagar por um cuidador privado, resolvem institucionalizar o idoso, ou seja, entregá-lo a um lar para que possa ser assistido o máximo de tempo possível. Noutros casos são os próprios idosos que, não querendo ser um “peso” na vida quotidiana das suas famílias, que pagam para serem institucionalizados.

Para juntar aos factores acima mencionados teremos então que juntar a vertente do individualismo que caracteriza as sociedades actuais. Sendo um dos vectores que caracterizam a segunda transição demográfica, teorizado na pirâmide de Maslow<sup>1</sup>, o individualismo que caracteriza as gerações de jovens adultos das sociedades actuais “atrasa” vários episódios das suas vidas quando comparados com as gerações anteriores.

---

<sup>1</sup> De acordo com esta teoria as necessidades do Homem estão organizadas de forma piramidal em que na base se encontram as necessidades básicas de sobrevivência e no topo as necessidades de realização pessoal e/ou profissional.



O adiamento da idade de ter um filho por razões profissionais (é frequente um adiamento até se atingir um certo nível de satisfação e de realização profissional) pode levar a que se tenha apenas um, o que dificultará as possibilidades desse mesmo filho conseguir ser prestador de serviços de cuidados aos seus pais quando estes se tornarem dependentes.

### 3.2 Saúde e papel do Estado

Como já foi referido, a evolução da medicina permitiu a inversão daquilo que eram as grandes doenças e epidemias, que vitimaram e arrasaram sociedades inteiras, em idades adultas e não só.

Se há 50 anos atrás era impensável pensar sequer na possibilidade de se poder viver até aos 60 ou 70 anos, hoje em dia é um dado praticamente adquirido que a maior parte da população de um país (pelo menos dos países desenvolvidos) viva para além da barreira dos 70 anos.

A evolução da medicina e dos cuidados de saúde ajuda a justificar o aumento da esperança média de vida à nascença. Apesar de estarem praticamente extintas as epidemias e doenças que levaram a altas taxas de mortalidade, é um facto que a morte continua presente na vida de todos. Resta então saber quais as principais causas de morte.

Surgiram novas realidades até há bem pouco tempo desconhecidas, como problemas físicos devido ao desgaste de articulações e ossos, ou até doenças como a demência e outras doenças degenerativas. Aqui se incluem, segundo o relatório Atlas da Organização Mundial De Saúde (2018), a “redução de mobilidade, dor crónica, enfraquecimento da condição física, entre outros, que requererão cuidados prolongados” e ainda doenças do foro psicológico, que “ (...) que podem resultar em isolamento, solidão ou outros problemas psicológicos que necessitarão de cuidados de longa duração.”

São vários os factores que contribuem activamente para o aparecimento deste novo tipo de doenças psicológicas. Entre eles estão a estrutura familiar, o nível socio económico e de educação do indivíduo dependente e o seu estado civil, uma vez que a idade, por si

só, não justifica o aparecimento de tais patologias. Segundo Peerenboom e colaboradores (2015:27), “não é provável que a associação entre depressão e solidão possam ser explicadas apenas pela idade.”

Apontada como uma razão importante para a perda de capacidades cognitivas está a perda de capacidades físicas, ou seja, muitas vezes existe primeiro uma deterioração das capacidades físicas, que mais tarde levará à perda de capacidades intelectuais. Na expressão de Robertson e Kenny (2016:121) tal sucede uma vez que “o normal decréscimo da capacidade muscular levará à percepção de que será necessário um esforço maior para se manter fisicamente activo. Esta percepção leva à redução da actividade física, aumentando o risco de maior deterioração muscular e possível fragilidade. Esta teoria pode ser expandida para incluir capacidades cognitivas, assim como as capacidades físicas estão relacionadas com as capacidades cognitivas através de efeitos do sedentarismo e redução da vida social”.

A manutenção de um certo nível de vida social e consequente estímulo das capacidades cognitivas de um idoso pode ajudar a evitar ou pelo menos atrasar esta perda de capacidades. Para esse efeito, a família pode ter um papel preponderante. Segundo , “quando os idosos vivem com as suas famílias sentem-se mais felizes e seguros. Fortalecem os seus laços com uma vida num ambiente onde são respeitados e recebem amor que fortalecem a sua moral e o seu psicológico” (Hacihasanoglu, et al., 2012:64)

Apesar da já referida importância da família e de outros factores relacionados com a vida do idoso dependente, há outra componente no que toca ao fornecimento de cuidados: o apoio do Estado.

Como é sabido, a despesa com os cuidados de longa duração para pessoas idosas dependentes corresponde a um crescente esforço financeiro, devido não só ao envelhecimento da população, mas também, e sobretudo, ao aumento da esperança de vida. Viver quase 20 anos após a reforma, ou seja, na grande maioria dos casos, sem produzir, pode constituir um custo público em cuidados continuados destinados a esta faixa da população.

Como vimos na secção anterior, nem sempre a família consegue tomar conta dos mais velhos pelas mais variadas razões, entre elas a falta de disponibilidade (a entrada da mulher no mercado de trabalho tem especial ênfase neste particular)

Aqui entra o apoio do Estado, através de políticas de apoio às famílias e aos mais idosos. Segundo o Eurostat (2015 cit. por, Rodrigues, 2018:60), “o grosso do total investido em protecção social é gasto no apoio à velhice e à sobrevivência, sobretudo com o pagamento de pensões”.

Esta é uma nova vertente do problema do envelhecimento da população. O número de idosos aumentou exponencialmente, o seu peso na população total também e resta saber como é que os países, em especial Portugal, têm tentado dar resposta à crescente necessidade de investimento em saúde.

Quem financia os cuidados de saúde em Portugal é o que deve ser clarificado, de forma a que haja uma resposta concertada às crescentes necessidades e à nova realidade social portuguesa. A verdade é que a saúde é financiada quer por agentes públicos, quer por agentes privados. De acordo com Rodrigues (2018:71) “os primeiros gerem e administram os regimes de financiamento da administração pública e outros regimes contributivos obrigatórios (SNS, ADSE, Assistência na Doença aos Militares – ADM, serviços sociais da Polícia de Segurança Pública e do Ministério da Justiça); os segundos estão ligados aos regimes de financiamento voluntário (seguros de saúde e outras).”

Ainda para a mesma autora, no caso dos gastos públicos “a despesa corrente em saúde tem vindo a aumentar em Portugal, mas desde 2010 esse aumento é percentualmente inferior ao registado no PIB. Entre 2001 e 2016 os gastos totais passaram de 11,8 milhões para 16,5 milhões de euros, após um máximo de 17,5 milhões em 2011.” (Rodrigues,2018:70).

A despesa com saúde pode ser aumentada todos os anos, mas pode mesmo assim significar um peso percentual menor do valor total do PIB - “e assim, em 2016, a despesa corrente em saúde, que corresponde a 8,9% do PIB, é percentualmente igual à registada em 2003” (Rodrigues, 2018:70).

A despesa com saúde inclui “gastos em cuidados pessoais, com serviços de saúde pública e de prevenção, com administração e seguros. A despesa em cuidados de saúde pessoais representa a maior parcela. Inclui gastos com cuidados curativos e de reabilitação (internamento, ambulatório, hospital de dia e cuidados domiciliários), com cuidados de enfermagem prolongados (internamento, hospital de dia e cuidados

domiciliários), os serviços auxiliares de cuidados de saúde e os artigos médicos disponibilizados a doentes não internados (produtos farmacêuticos e artigos médicos não duráveis, aparelhos terapêuticos e equipamento médico durável)” (Rodrigues, 2018:70).

No entanto, apesar de haver esta divisão entre público e privado, a relação é bastante desigual. Segundo Rodrigues (2018:72) “entre 2014 e 2016 cerca de dois terços da despesa (66,2%) foram garantidos pelos regimes de financiamento da administração pública, ou seja, pelo SNS, os serviços regionais das Regiões Autónomas e os subsistemas de saúde pública”. Estes dados mostram que grande parte da despesa com a saúde em Portugal é suportada pelo Estado, sendo que “é com a manutenção de hospitais, com cuidados de saúde em ambulatório e com farmácias que mais se gasta em saúde em Portugal (respectivamente 30,9%, 19,9% e 15,4% em 2015)” (Rodrigues 2018,73)

Ainda assim, é possível dividir os prestadores de serviços “entre o conjunto de serviços prestados directamente aos utentes (cuidados curativos, de reabilitação, continuados ou de longa duração, serviços auxiliares e bens médicos dispensados em ambulatório) e os serviços colectivos, que incluem as actividades de saúde pública (a promoção da saúde e prevenção da doença) e a administração e os seguros de saúde.” (Rodrigues 2018:73).

Portugal percebeu relativamente tarde o real impacto do envelhecimento da população, o que, conjugado com restrições orçamentais, tornou ainda mais débil a resposta a esta nova realidade.

O apoio estatal à saúde, de forma geral, deve aumentar o seu peso nos consecutivos orçamentos de Estado, de forma a conseguir dar uma resposta firme e consoante as necessidades dos mais velhos que compõem a sociedade. Na constituição de 1976, é reconhecido o direito universal à saúde e criado um sistema de saúde universal, sendo que, depois, “em 1978, o despacho Arnaut dá o primeiro passo para a criação do SNS, que se concretizará em 1979 e cujo desenvolvimento permitiu o acesso universal aos cuidados de saúde.”(Rodrigues, 2018:63)

Um marco importante que fez com que Portugal pudesse desenvolver o nível de qualidade da prestação de serviços de saúde foi a entrada na União Europeia, através de fundos europeus destinados a desenvolver vários sectores, entre eles, a saúde.

No entanto, o SNS mostrou-se incapaz de responder adequadamente às necessidades da população, o que levou à criação de cuidados de saúde privados, que, conjugados com seguros de saúde, abrangem a faixa de população capaz de utilizar esta rede privada.

Em 2006 dá-se a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF), que “possuíam autonomia organizativa, eram autorreguladas, sujeitas a processo de contratualização de indicadores de desempenho e podiam receber incentivos financeiros por esse desempenho” (Rodrigues, 2018:65), que permitiram descentralizar os serviços de saúde.

No entanto, relacionada com o orçamento para a saúde está, sem dúvida, a crise económica posterior a 2011, que fez com que o país tomasse medidas de contenção orçamental e teve impacto em orçamentos seguintes.

A divisão entre apoio informal e formal e a sua substituíbilidade leva a que muitos autores definam os cuidados de longa duração como “plasticidade”. Surge então o conceito do triângulo da protecção social de Evers. Em cada um dos vértices encontra-se um vector dos cuidados de saúde, sendo os três: o mercado (seguros), o Estado (sistema de protecção social público) e as famílias (cuidados informais). Assim, “o conceito de triângulo da protecção social pode ser utilizado para analisar os recursos que contribuem para o bem-estar de uma sociedade, recursos que advêm do mercado, do Estado e das famílias - as diferentes lógicas subjacentes à protecção social, respectivamente, o lucro, a redistribuição ou a responsabilidade individual ou familiar -, mas também para avaliar o papel que estes três actores têm na produção de bem-estar, e neste caso concreto, na produção de cuidados de longa duração” (Rodrigues, 2018: 169).

No caso europeu destacam-se quatro modelos de cuidados de longa duração. São eles: o modelo de cuidados universais, que se “distingue por conferir ao Estado um papel central na protecção social dos idosos e por procurar libertar as famílias dos encargos com cuidados de longa duração”(Rodrigues, 2018:170). São exemplo deste modelo os países nórdicos.

O modelo da condição de recursos, em que o “acesso às prestações é baseado não só na existência de dependência, mas também na condição de recursos, pelo que o Estado funciona como opção de ultimo recurso para idosos e famílias mais pobres (Rodrigues, 2018:171). Este modelo é aplicado em Inglaterra.

Segue-se o modelo das famílias apoiadas pelo Estado, que tem como centro a família na prestação dos cuidados de longa duração, “mas deve para tal ser apoiada pelo Estado. Neste sentido as prestações sociais são maioritariamente pecuniárias para permitir que os cuidadores informais sejam compensados” (Rodrigues, 2018:171). Países como Itália, Áustria e Alemanha adoptam este modelo no que toca a cuidados de longa duração.

Por último surge o modelo minimalista, que é caracterizado por um apoio residual do Estado e “em regra, sujeito a exigentes condições de recursos – aos idosos em situação de dependência e às suas famílias e cuidadores informais” (Rodrigues, 2018:171). Ora, sendo o papel do Estado reduzido e as condições financeiras das famílias limitadas, “À família cabe, por omissão, o principal papel na prestação de cuidados de longa duração” (Rodrigues, 2018:171). Deste modelo são exemplo os países de Leste. Para além de serem quatro modelos distintos para o mesmo fim, todos eles também têm vantagens e desvantagens adjacentes.

O modelo universalista, ao promover o apoio estatal, permite um nível elevado de participação feminina no mercado de trabalho, facilitando a conciliação entre trabalho e a prestação de cuidados. Por outro lado, este modelo é caracterizado pela elevada despesa pública.

No caso do modelo de condição de recursos, a despesa pública é menor e a população alvo das prestações de serviços menor, pelo que “este modelo garante níveis muito mais reduzidos de protecção social, o acesso às prestações é complexo e a condição de recursos pode funcionar como desincentivo à poupança e ao emprego” (Rodrigues, 2018:173).

O modelo das famílias apoiadas pelo Estado consegue um equilíbrio entre Estado e família, tendo o idoso a opção de escolha entre cuidado formal ou informal, conseguindo não só flexibilidade mas também protecção social e níveis intermédios de despesa pública. Como maior desvantagem deste modelo, é apontado o elevado peso das famílias na aquisição desta protecção social, “o que tem consequências negativas na taxa de participação das mulheres – e por cuidados informais imigrantes – num mercado não regulado”. (Rodrigues, 2018:173).

Por fim, o modelo minimalista “apresenta claras desvantagens em relação aos restantes, sobretudo em termos de protecção social e liberdade de escolha” (Rodrigues, 2018:173), sendo que são as famílias os principais prestadores de cuidados contando com pouco apoio do Estado. Será, portanto, um modelo altamente dependente do rendimento das famílias, que terá influência directa sobre o tipo e a qualidade de cuidados prestados aos idosos.

## **4- Conclusão**

Portugal atravessa um problema grave com o envelhecimento da população, em parte por incapacidade de perceber o problema a tempo de o tentar resolver, mas também por ser um processo comum a todos os países industrializados.

O aumento da esperança média de vida à nascença apresenta-se como um indicador da evolução das condições de higiene e da medicina, dos cuidados de saúde prestados aos mais velhos e todos estes são, sem dúvida, sinónimos de desenvolvimento.

Por outro lado, a baixa fecundidade é um problema que assola todos os países industrializados do mundo, no entanto, Portugal apresenta dos mais baixos níveis de fecundidade a nível europeu.

É necessária uma resposta rápida que não passará apenas pelos incentivos à fecundidade, mas também por melhores condições de trabalho aos jovens adultos, melhores salários e consequentes condições de vida, assim como uma boa coordenação entre trabalho e vida pessoal, de forma a ser possível conciliar o trabalho com a vontade natural de querer começar uma família. A coordenação entre as famílias, o Estado e as suas políticas ganham uma importância central no combate ao envelhecimento acelerado do país.

A despesa com a saúde é o suporte que os países têm para garantir anos com saúde às suas populações. No entanto, neste momento, em Portugal, o “fardo” que corresponde a despesa com a saúde em Portugal é muito elevado e recai sobre uma população activa cada vez menor.

É possível concluir também que a importância da família é central na prestação de cuidados aos mais velhos, a alteração profunda do conceito de família pode conduzir a uma menor relação entre pais e filhos o que mais tarde pode resultar num menor sentido de obrigação moral de cuidador de um pai quando este se torna dependente. A proximidade e a manutenção de relações sociais o máximo possível é um dos pilares para a manutenção da saúde mental dos mais velhos. A família como prestador de serviços é provavelmente o maior garante de saúde mental dos mais idosos, porque estando próximos afastam-se cenários como a solidão ou a depressão, que podem ser fatais para os idosos.



## 5- Referências Bibliográficas

- Billari, F. C., 2008. Lowest-Low Fertility in Europe: Exploring the Causes and Finding Some Surprises. *The Japanese Journal of Population*, 6(1), pp. 2-17.
- Esping-Andersen, 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Fernandes, A. A., 2008. *Questões Demográficas: Demografia e Sociologia da População*. Lisboa: Edições Colibri.
- Foresight, 2016. *Future of an Ageing Population*, s.l.: Government Office for Science.
- Hacihasanoglu, R., Yildirim, A. & Karakurt, P., 2012. Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Issue 54, pp. 61-66.
- Lesthaeghe, R., 2010. The Unfolding Story of the Second Demographic Transition. *Population Studies Center*, pp. 2-43.
- Lopes, A., 2017. Envelhecimento Dependências e Fragilidades: Tensões e Desafios no Portugal Contemporâneo. In: *Envelhecimento na Sociedade Portuguesa: Pensões, Família e Cuidados*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, pp. 155-164.
- Mendes, M. F., 2017. Envelhecimento e fecundidade: uma antevisão do nosso futuro demográfico. In: *Envelhecimento na Sociedade Portuguesa: Pensões Família e Cuidados*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, pp. 111-140.
- Oeppen, J. & Vaupel, J. W., 2002. Broken Limits to Life Expectancy. *Science's Compass*, Volume 296, pp. 1029-1031.
- Peerenboom, L., Collard, R., Naarding, P. & Comijs, H., 2015. The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality : A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, Issue 182, pp. 26-31.
- PORDATA, n.d. *Anos de vida saudável aos 65 anos: por sexo*. [Online]  
Disponível em:  
<https://www.pordata.pt/Europa/Anos+de+vida+saud%C3%A1vel+aos+65+anos+por+sexo-1590>  
[Consultado em 2018].
- PORDATA, n.d. *Casamentos*. [Online]  
Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/Casamentos-1264>  
[Consultado em 2018].
- PORDATA, n.d. *Esperança de vida à nascença: total e por sexo*. [Online]  
Disponível em:  
<https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A9ncia-1264>

A7a+total+e+por+sexo-1260-209738

[Consultado em 2018].

PORDATA, n.d. *Idade média da mãe ao nascimento de um filho*. [Online]

Disponível em:

<https://www.pordata.pt/Europa/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+de+um+filho-2408>

[Consultado em 2018].

PORDATA, n.d. *Índice de dependência de idosos*. [Online]

Disponível em:

<https://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+depend%C3%Aancia+de+idosos-1929>

PORDATA, n.d. *Índice de Envelhecimento*. [Online]

Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-1609>

[Consultado em 2018].

PORDATA, n.d. *Índice sintético de fecundidade*. [Online]

Disponível em:

<https://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+sint%C3%A9tico+de+fecundidade-1251>

[Consultado em 2018].

PORDATA, n.d. *Nados-vivos: total, no casamento e fora do casamento*. [Online]

Disponível em:

<https://www.pordata.pt/Europa/Nados+vivos+total++no+casamento+e+fora+do+casamento-1247-209726>

[Consultado em 2018].

PORDATA, n.d. *População residente: total e por grupo etário*. [Online]

Disponível em:

<https://www.pordata.pt/Europa/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio-1274>

[Consultado em 2018].

PORDATA, n.d. *Taxa bruta de natalidade*. [Online]

Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/Taxa+bruta+de+natalidade-1605>

[Consultado em 2018].

PORDATA, n.d. *Taxa de desemprego, dos 15 aos 64 anos, por grupo etário*. [Online]

Disponível em:

<https://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+desemprego++dos+15+aos+64+anos++por+grupo+et%C3%A1rio-1798-214337>

[Disponível em 2018].

Robertson, D. A. & Kenny, R. A., 2016. Negative perceptions of aging modify the association between frailty and cognitive function in older adults. *Personality and Individual Differences*, Issue 100, pp. 120-125.

Rodrigues, T., 2018. *Envelhecimento e Políticas de Saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Saúde, O. M. d., 2018. *Mental Health Atlas 2017*, s.l.: s.n.

Vallin, J. & Meslé, F., 2010. Will life expectancy increase indefinitely by three months every year?. *Population & Societies*, Issue 473, pp. 1-4.